

Anmeldeformular Berufsbildner/-innen

Weiterbildung

Grundkurs

- | | | |
|------------------------------------|------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> Wochenkurs 1 | Montag bis Freitag | 22.01.2024 – 26.01.2024 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 1 | jeweils mittwochs, 5 x | 24.04.2024 – 22.05.2024 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 2 | jeweils dienstags, 5 x | 20.08.2024 – 17.09.2024 |
| <input type="radio"/> Tageskurs 3 | jeweils freitags, 5 x | 01.11.2024 – 29.11.2024 |

Teilnehmer/in

Anrede	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>		Sozialversicherungs-Nr.	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>		Heimatort	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>		Telefon P	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>		Telefon G	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>		Mobile	<input type="text"/>

Arbeitgeber

Firma	<input type="text"/>		
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

Rechnungsadresse

- Teilnehmer/in Arbeitgeber andere (bitte aufführen)

Ausbildender Beruf

- Pharma-Assistent/-innen / Fachleute Apotheke Detailhandelsfachleute/-assistent/-innen

andere (bitte aufführen):

Der/Die Unterzeichnende hat von den Kursbestimmungen Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift



bsd.
Postfach, 3000 Bern 8
Tel. 031 327 61 11
www.bsd-bern.ch
weiterbildung@bsd-bern.ch